

東京都理美容事業者の自主休業に係る給付金申請書兼事前確認書

理美容事業の自主的な休業について、以下のとおり取り組むため、東京都理美容事業者の自主休業に係る給付金を申請します。なお、下記に記載した事項については事実と相違ありません。

令和 2 年 5 月 7 日

申請事業者 〒 163-8001

東京都知事 殿

フリガナ トウキョウト シンジュク ニシシジユク
所在地 東京都新宿区西新宿 2-8-1

フリガナ
法人名又は
個人事業主名
カブシキガイシャ トウキョウリドウキョウ
株式会社 東京理美容業

フリガナ
代表者職氏名
ダイエイトリシマリヤク トウキョウタロウ
代表取締役 東京太郎

中小企業基本法上の中小企業者であることがわかるデータ等を記載してください。個人事業主の方は事業主名(屋号等)をお書きください。

記

申請企業の情報	中小企業者であることの確認	資本金 (又は出資金)	300	万円	中小企業基本法上の業種	サービス業	常時雇用する従業員数	15	人
	申請者の種別	<input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人事業主	法人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9	住所(※)	生年月日	1 2 3 4		

上記内容に修正が生じた場合には、速やかに再提出してください。

※申請企業の情報欄における「住所」は添付の本人確認資料記載の住所としてください。

対象施設の情報	フリガナ	リヨウテンマルマルニシシジユクテン			左記の他に 1 所 ※休業する都内事業所が2か所以上ある場合は、左記以外のその全てを裏面に記載ください。
	名称	理容店●●西新宿店			
	フリガナ	トウキョウトシンジュククニシシジユク 2-8-1			
	住所	東京都新宿区西新宿 2-8-1			
業態等	電話番号	03-1234-5678			※施設で「その他」を選択した場合、具体的な営業内容等を必ず記入してください。 ※対象施設における具体的なサービス内容等を端的に記載してください。
	種類	理容業	施設	理容店、理髪店	
	営業内容				

対象期間において、全ての期間休業している場合、必ずチェックしてください。

取組内容	<input checked="" type="checkbox"/> 4月30日(木)から5月6日(水)まで、全ての期間休業しました。
------	--

担当者	担当者名	所属	西新宿店	フリガナ 氏名	トウキョウ 東京	ハナコ 花子
	担当者連絡先	固定電話	03-1234-5678	携帯電話	090-1234-5678	

対象施設の情報（2か所目以降）

2	名称	名称（フリガナ）	住所	電話番号
	理容店●●池袋店	リョウテンマルマルイケブクロテン	東京都豊島区池袋1-2-3	03-9876-5432
	種類	施設		営業内容
	理容業	理容店、理髪店、床屋、パーパー		
3	名称	名称（フリガナ）	住所	電話番号
	種類	施設		営業内容
4	名称	名称（フリガナ）	住所	電話番号
	種類	施設		営業内容
5	名称	名称（フリガナ）	住所	電話番号
	種類	施設		営業内容

<下記いずれかにチェックを入れて下さい>

- 専門家による事前確認を行っていません。
- 専門家による事前確認を下記の通り行いました。

専門家による事前確認（専門家記載欄）

下記について、事前確認を依頼した専門家に記入してもらってください。

- 東京都理美容事業者の自主休業に係る給付金申請書兼事前確認書
- 誓約書
- 令和2年4月29日以前に営業活動を行っていることがわかる書類（写し可）
- 理容業及び美容業に係る許可や免許を適正に取得していることがわかる書類（写し可）
※営業許可証（確認済証）等
- 本人確認書類（写し）
- 休業の状況がわかる書類
- 支払金口座振替依頼書

私は、_____の
本給付金申請に係る申請要件の確認を行いました。
所在地 _____

代表者名・氏名 _____

都内の青色申告会 税理士 公認会計士 中小企業診断士 行政書士

税理士登録番号 _____
公認会計士登録番号 _____
行政書士登録番号 _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

税理士番号、公認会計士番号、中小企業診断士登録番号、行政書士登録番号を記載してください。

いずれかにチェックを入れて下さい。